



# Порядок звернення з заявою на отримання пільг

## Запитання та Відповіді

Якщо Вам потрібна допомога для того, щоб прочитати цей документ,  
зверніться, будь ласка, до секретаря.



Грошова допомога



Продовольча допомога



Медична допомога



Загальна допомога  
для непрацездатних



Догляд та послуги  
медичної сестри на дому

Допомагаємо людям

### **П.** Як я можу подати заяву на отримання пільг?

- В.**
- Заповніть заяву. Віднесіть її чи надішліть поштою у ваше районне відділення.
  - Зробіть помітку в квадраті на сторінці 2, якщо вам потрібна допомога.
  - Щоб почати процес подачі заяви, нам необхідні ваше ім'я, адреса та підпис.
  - Якщо у вас немає адреси, повідомте про це службовця в приймальні.
  - Для завершення процесу подачі заяви заповніть сторінки 3 та 4.

### **П.** Коли я почну отримувати пільги?

- В.**
- Надання грошової і медичної допомоги починається з того дня, коли ми одержимо всю інформацію, необхідну для визначення наявності у вас права на їх одержання.
  - Надання продовольчої допомоги по програмі Basic Food починається в день подачі заяви.

### **П.** Що робити, якщо продовольча допомога потрібна мені терміново?

- В.**
- Впишіть відповіді на питання з 1 по 14 і відразу подайте заяву секретарю. Якщо ви знаходитесь не в місцевому відділі, то відправте заяву поштою чи віднесіть її в місцевий відділ.

Продовольчу допомогу Ви можете отримати протягом 5 (п'яти) днів після надходження Вашої заяви за умови, що:

- Вами буде пред'явлений документ, який посвідчує Вашу особу; **та**
- Ваша родина має дуже низькі прибутки чи заощадження; **або**
- Прибутків і заощаджень Вашої родини недостатньо для оплати узятих разом щомісячної оренди житла та комунальних послуг; **або**
- До складу Вашої родини входить нужденний мігруючий або сезонний робітник, що працює у сільському господарстві.

### **П.** Чи можу я одержати необхідну інформацію і довідкові послуги?

- В.**
- Якщо ваш загальний доход не перевищує встановленого максимуму (згідно зі статтею WAC 388-478-0060), вам дозволяється використовувати наш веб-сайт, присвячений наданню інформації і довідок, що називається *Your Community Services Office* («Ваш відділ соціальних послуг») і призначений для надання вам допомоги в пошуку послуг, необхідних вам і вашій родині. На цьому веб-сайті ви знайдете інформацію про програми і ресурси Департаменту у вашому районі, що можуть бути корисними для вас. Щоб скористатися веб-сайтом, наберіть вказану адресу на комп'ютері, що має доступ в Інтернет: <https://wws2.wa.gov/dshs/onlinecs>

#### Важлива інформація щодо еміграційного статусу та номерів карток соціального забезпечення

- Ви можете звернутися з заявою про надання пільг частині Вашої родини, навіть якщо деякі з її членів через свій еміграційний статус не можуть мати права на їх отримання. У штаті Вашингтон є деякі програми з наданням медичної допомоги людям, що не мають номерів карток соціального забезпечення (Social Security Numbers, SSN) або документів, що засвідчують їх імміграційний статус.
- Якщо Вам потрібна грошова або продовольча допомога, то номери карток соціального забезпечення та документи, що засвідчують імміграційний статус, потрібні лише для тих, хто звертається по цю допомогу. Але Ви можете надати номер своєї картки соціального забезпечення за власним бажанням. У цьому випадку він буде використаний нами лише для перевірки інформації, що необхідна під час визначення Ваших прав на отримання пільг, – наприклад, інформації про розміри прибутків. Однак, незалежно від Вашого бажання щодо надання цієї інформації, розміри Ваших прибутків та заощаджень мають бути перевірені з метою визначення прав на отримання допомоги.

В усіх своїх програмах та діяльності Міністерство сільського господарства США (U.S. Department of Agriculture, USDA) забороняє будь-яку дискримінацію по расовому, кольору шкіри, статевому, національному або політичному мотивах. Особам з фізичними вадами, що потребують альтернативних способів спілкування та отримання інформації стосовно програм (брайлевський друк, великий шрифт, аудіоплівка, та ін.), слід звернутися до центру TARGET Міністерства сільського господарства США за телефоном: (202) 720-2600 (голосовий та TDD-зв'язок). Скарги стосовно дискримінації прохання направляти за адресою: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20250-9410, або по телефону, за номером: (202) 720-5964 (голосовий та TDD-зв'язок). Міністерство сільського господарства США надає усім особам рівні можливості.





# БЛАНК ЗАЯВИ НА ОТРИМАННЯ ПІЛЬГ

Якщо під час заповнення цього бланку Вам знадобиться допомога,  
будь ласка, поставте позначку у цьому квадратику і подайте бланк  
заяви секретарю.

FOR OFFICE USE ONLY

DATE  
RECEIVED

INITIALS

1. ІМ'Я	СЕРЕДНЕ ІМ'Я (ПЕРША ЛІТЕРА)	ПРІЗВИЩЕ	ПІДПІС (ОБОВ'ЯЗКОВО)		2. ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА (ЯКЩО ВІДОМЙ)
3. НАЗВА ВУЛИЦІ, ДЕ ВИ МЕШКАЄТЕ	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС		4. НОМЕР ДОМАШНЬОГО АБО КОНТАКТНОГО ТЕЛЕФОНУ
5. ПОШТОВА АДРЕСА (ЯКЩО ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ)	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС		6. НОМЕР РОБОЧОГО ТЕЛЕФОНУ
9. Я подаю заяву на отримання (позначте потрібне):					7. АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ
<input type="checkbox"/> Грошей	<input type="checkbox"/> Догляду у будинку престарілих	<input type="checkbox"/> Інше (будь ласка, перелічить): _____			
<input type="checkbox"/> Продовольства	<input type="checkbox"/> Лікування від алкогольної та наркотичної залежності				8. НОМЕР СОТОВОГО ТЕЛЕФОНУ
<input type="checkbox"/> Медичної допомоги	<input type="checkbox"/> Послуг програми COPES (допомога в установі з проживанням чи допомога вдома)				
10. Скільки грошей ваша родина очікує одержати в цьому місяці: \$ _____					
11. Скільки у вашої родини готівки та грошей на банківських рахунках: \$ _____					
12. Скільки грошей ваша родина платить за оренду житла чи по заставній: \$ _____					
13. За які комунальні послуги платить ваша родина: <input type="checkbox"/> опалення / кондиціонування <input type="checkbox"/> телефон <input type="checkbox"/> інше: _____					
14. Чи є хто-небудь із членів вашої родини сезонним робочим чи мігруючим сільськогосподарським робітником? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні					

FOR OFFICE USE ONLY - Household eligible for expedited service:  Yes  No Screener's Initials: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

15. Мені потрібна телефонна співбесіда, оскільки я: <input type="checkbox"/> літня людина <input type="checkbox"/> маю фізичні вади <input type="checkbox"/> працую <input type="checkbox"/> інші проблеми: _____
16. <input type="checkbox"/> Мені потрібен перекладач. Я розмовляю: _____ мовою або <input type="checkbox"/> мовою жестів; Я хотів би, щоб адресовані мені листи були написані _____ мовою.
17. Якщо Ви подаєте заяву на отримання продовольчої допомоги, вкажіть, для скількох осіб своєї родини Ви купуєте і готовує їжу? _____
18. За останні 30 днів я одержав грошову, продовольчу чи медичну допомогу з інших державних джерел: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
19. Мене, або іншу особу, від імені якої я подаю цю заяву, було засуджено за пов'язаний з наркотиками злочин, скюсний після 21.08.96: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
20. Я, або інша особа, від імені якої я подаю цю заяву, переховується від закону з метою уникнути суду чи ув'язнення за скюсння злочину <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
21. Я, або будь-хто з членів моєї родини (позначте потрібне): <input type="checkbox"/> Є вагітною; очікувана дата пологів: _____ <input type="checkbox"/> Потребує термінову медичну допомогу <input type="checkbox"/> Одержав повідомлення про виселення <input type="checkbox"/> Не має комунальних послуг чи опалення <input type="checkbox"/> Страждає від насильства у родині <input type="checkbox"/> Має фізичні вади (вкажіть, які саме): _____
22. Наступна інформація надається за власним бажанням і не використовується під час визначення прав на отримання пільг. Мое етнічне походження має латиноамериканське коріння: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Я вважаю, що відношусь до слідуючої раси (позначте потрібне): <input type="checkbox"/> Європейська <input type="checkbox"/> Афроамериканська <input type="checkbox"/> Азіатська <input type="checkbox"/> Корінний мешканець Гавайських або тихоокеанських островів <input type="checkbox"/> Американський індеець або корінний мешканець Аляски; назва племені: _____ <input type="checkbox"/> Інше (перелічіть): _____

23. Назвіть усіх членів своєї родини, навіть тих, які не звертаються з заявою на отримання пільг (якщо необхідно – користуйтесь додатковими аркушами).

ПОВНЕ ІМ'Я (ІМ'Я, СЕРЕДНЕ ІМ'Я, ПРІЗВИЩЕ)	СТУПІНЬ СПОРДІНЕННЯ ПО ВІДНОШЕННЮ ДО ЗАЯВНИКА	ЧИ ЗВЕРТАЄТЬСЯ ДАНА ОСОБА ПО ПІЛЬГИ? ТАК НІ	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	ДЛЯ ОСІБ, ЯКІ НЕ ЗВЕРТАЮТЬСЯ ПО ПІЛЬГИ, ЦЮ ІНФОРМАЦІЮ НАДАВАТИ НЕОБОВ'ЯЗКОВО			СТАТЬ: ЧОЛ ЖІН
				НАЯВНІСТЬ ГРОМАДЯНСТВ А США: ТАК НІ	ЯКЩО ВИ НЕ ГРОМАДЯНИН США, ЧИ У ВАС ДОКУМЕНТ, ЯКИЙ ЗАСВІДЧУЄ ВАШ СТАТУС? ТАК НІ	НОМЕР КАРТКИ СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	
	<b>Заявник</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		



ПОВНЕ ІМ'Я ЗАЯВНИКА:

НОМЕР КАРТКИ СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ:

ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІєнТА:

## І. Загальна інформація

1. Кожна з осіб, від імені яких подається ця заявка, мешкає у штаті Вашингтон:  Так  Ні Якщо "Так", вкажіть, з якого часу: \_\_\_\_\_
2. Я, або хтось із членів моєї родини є іноземцем, що має спонсорську підтримку:  Так  Ні
3. Дехто з членів моєї родини тимчасово мешкає окрім:  Так  Ні Якщо так, назвіть, хто саме: \_\_\_\_\_
4. Я, або хтось із членів моєї родини є ветераном чи матеріально залежною особою, або дружиною ветерана (живого чи покійного):  Так  Ні
5. Я мешкаю у:  Своєму власному будинку або квартирі  Сімейному гуртожитку  Притулку  
 Державному закладі (назвіть тип): \_\_\_\_\_  Інше: \_\_\_\_\_
6. Я є:  Неодружений/Незаміжня  Одружений/Заміжня  Розлучений/Розлучена  Проживаю з чоловіком/жінкою окрім  Вдівець/Вдова

## ІІ. Інформація про стан здоров'я та наявність медичної страховки

**Я або ми (позначте потрібний квадратик):**

1. Маємо проблеми зі здоров'ям, які не дозволяють нам (мені) працювати .....  Так  Ні
2. Маємо неоплачені рахунки за медичне обслуговування .....  Так  Ні
3. Потребуємо допомоги для оплати медичних послуг, отриманих на протязі останніх 3-х (трьох) місяців .....  Так  Ні
4. Плануємо перебувати, перебуваємо або тільки що залишили медичну установу (таку як лікарня або будинок престарілих) .....  Так  Ні
5. Маємо медичну страховку (включаючи страховки Tricare і Long-Term Care) .....  Так  Ні
6. Приймаємо участь у програмі страхування здоров'я літніх людей Medicare (ПРИМІТКА: Це не те ж саме, що талони на медичне обслуговування) .....  Так  Ні
7. Мали нещасний випадок, який потребує надання медичної допомоги .....  Так  Ні

## ІІІ. Рівень достатку

**Вам не потрібно заповнювати цю графу, якщо Ви звертаєтесь ЛІШЕ по медичну допомогу для дітей або вагітних жінок.**

Окрім перелічених нижче, інші приклади джерел надходження коштів включають: готівку, кошти, що знаходяться у розпорядженні інших осіб, контракти продажу-купівлі, худобу, врожай, а також виробниче обладнання.

1. Я, моя дружина/мій чоловік або інша особа, від імені якої я подаю цю заяву, має кошти:  Так  Ні Якщо так, перелічіть їх нижче:

ДЖЕРЕЛО НАДХОДЖЕННЯ КОШТІВ	ОСОБА, ЯКІЙ НАЛЕЖАТЬ КОШТИ	МІСЦЕ ЗНАХОДЖЕННЯ ДЖЕРЕЛА КОШТІВ (НАПР. ІМ'Я АБО НАЗВА БАНКУ)	СУМА АБО ВАРТІСТЬ	ОСОБА, ЯКІЙ НАЛЕЖАТЬ КОШТИ	МІСЦЕ ЗНАХОДЖЕННЯ ДЖЕРЕЛА КОШТІВ (НАПР. ІМ'Я АБО НАЗВА БАНКУ)	СУМА АБО ВАРТІСТЬ
Банківські рахунки			\$			\$
Заощадження або рахунки у кредитних союзах			\$			\$
Рахунки на кредитних або грошових ринках			\$			\$
Довірча власність або рента			\$			\$
Акції, облігації або взаємні фонди			\$			\$
Пенсійний фонд або індивідуальний пенсійний рахунок (IRA)			\$			\$
Погребальні фонди, плани або ділянки на цвинтарі			\$			\$
Страхування життя			\$			\$
Власність			\$			\$
Інше:			\$			\$
Інше:			\$			\$

2. Мною, моею дружиною/моїм чоловіком або іншою особою, від імені якої я подаю цю заяву, за останні 5 (п'ять) років були продані, обмінені, подаровані або переведені кошти (включаючи вкладення їх у довірчу або довічну власність):  Так  Ні

Якщо так, то які кошти: \_\_\_\_\_ Коли: \_\_\_\_\_

3. Я, або інша особа, від імені якої я подаю цю заяву, має наступні транспортні засоби (включаючи вантажні машини, мікроавтобуси, судна та трейлери):

РІК ВИПУСКУ (НАПР. 1980)	ВИРОБНИК (НАПР. FORD)	НАЗВА МОДЕЛІ (НАПР. ESCORT)	ЧИ ЗАРЕЄСТРОВАНИЙ ЦЕЙ ЗАСІБ?	Я/МИ ВИКОРИСТОВУЄМО ЦЕЙ ЗАСІБ ДЛЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.	Я/МИ НА ЦЕЙ ЧАС МАЄМО БОРГ ЗА ЦЕЙ ТРАНСПОРТНИЙ ЗАСІБ.
			<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
			<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні



#### IV. Прибутки

1. Я, моя дружина/мій чоловік або інша особа, від імені якої я подаю цю заяву, має прибутки: Ні Якщо так, то заповніть, будь ласка, цю графу:		<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
ІМ'Я ТА НОМЕР ТЕЛЕФОНУ РОБОТОДАВЦЯ		ЗАГАЛЬНА СУМА ПРИБУТКІВ (СУМА В ДОЛАРАХ ДО ОПОДАТКУВАННЯ)
		\$ _____ за: <input type="checkbox"/> Годину <input type="checkbox"/> Тиждень <input type="checkbox"/> Два тижні <input type="checkbox"/> Двічі на місяць <input type="checkbox"/> Щомісяця Годин на тиждень: _____
Чи є ця робота підприємницькою? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		Дати отримання зарплати (напр. 1-го та 15-го числа щомісяця або кожної п'ятниці): _____
Хто має прибуток:		
ІМ'Я ТА НОМЕР ТЕЛЕФОНУ РОБОТОДАВЦЯ		ЗАГАЛЬНА СУМА ПРИБУТКІВ (СУМА В ДОЛАРАХ ДО ОПОДАТКУВАННЯ)
		\$ _____ за: <input type="checkbox"/> Годину <input type="checkbox"/> Тиждень <input type="checkbox"/> Два тижні <input type="checkbox"/> Двічі на місяць <input type="checkbox"/> Щомісяця Годин на тиждень: _____
Чи є ця робота підприємницькою? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		Дати отримання зарплати (напр. 1-го та 15-го числа щомісяця або кожної п'ятниці): _____
Хто має прибуток:		

2. Я, моя дружина/мій чоловік або інша особа, від імені якої я подаю цю заяву, протягом останніх 60 днів залишили роботу.  Так  Ні

3. ІНШІ ПРИБУТКИ	ХТО ОТРИМУЄ ПРИБУТКИ?	ЗАГАЛЬНА ЩОМІСЯЧНА СУМА	ХТО ОТРИМУЄ ПРИБУТКИ?	ЗАГАЛЬНА ЩОМІСЯЧНА СУМА
Грошова допомога по безробіттю		\$		\$
Соціальне забезпечення		\$		\$
Додаткові гарантовані прибутки (Supplemental Security Income, SSI)		\$		\$
Грошова допомога на дітей або подружжі аліменти		\$		\$
Пенсія		\$		\$
Грошова допомога від Управління по справах ветеранів (Veteran's Administration, VA) або військовослужбовців		\$		\$
Робітничо-промислові (Labor and Industries, L&I) або страхові грошові допомоги		\$		\$
Довірча власність або рента		\$		\$
Інше:		\$		\$

#### V. Щомісячні витрати

ОРЕНДА ЖИТЛЯ	ПОЗИКА НА КУПІВЛЮ ЖИТЛЯ	ОРЕНДА ПРИМІЩЕННЯ	СТРАХУВАННЯ ЖИТЛЯ	ПОДАТКИ НА ВЛАСНІСТЬ	ОЦІНКА ВЛАСНОСТІ
\$	\$	\$	\$	\$	\$

Комунальні послуги (позначте потрібне):  Електроенергія (**крім опалення**)  Телефон  
 Опалення (газ, електроенергія, паливо)  Вода, каналізація, утилізація сміття

Інша особа чи організація допомагає мені оплачувати усі або частину моїх витрат на житло:  Так  Ні

Якщо так, то хто саме: \_\_\_\_\_ Які витрати: \_\_\_\_\_ Сума, яку вони оплачують, \$: \_\_\_\_\_

Я/ми оплачуємо або повинні оплачувати (позначте потрібне):		
<input type="checkbox"/> Догляд за дитиною або за непрацездатною людиною	Щомісячна сума, \$	Хто оплачує:
<input type="checkbox"/> Допомога на дитину	Щомісячна сума, \$	Хто оплачує:
<input type="checkbox"/> Рахунки за медичне обслуговування	Щомісячна сума, \$	Хто оплачує:

#### ДЕКЛАРАЦІЯ ТА ПІДПІС

Я особисто прочитав (або мені було роз'яснено) мої права та обов'язки та отримав примірник документу "Права та обов'язки клієнта, DSHS 14-113(X)". Я повинен доповісти про всі зміни, як цього потребує Департамент. Я повинен документально довести свою придатність щодо отримання пільг. Департамент соціальних послуг та охорони здоров'я (Department of Social & Health Services, DSHS) може надати допомогу в отриманні цих доказів або звернутися по них до інших осіб та організацій. Приймаючи Тимчасову допомогу нужденним родинам (Temporary Assistance to Needy Families, TANF) або користуючись пільгами на отримання медичної допомоги, я передаю властям штату Вашингтон деякі з своїх прав щодо надання допомоги по догляду за дитиною або медичних послуг. Подавачи заяву з проханням про надання медичних послуг і одержуючи їх, на час одержання пільг на отримання медичних послуг я (ми) передаю штату Вашингтон свої права на одержання допомоги по медичному обслуговуванню і будь-яких зроблених третіми особами платежів за медичне обслуговування для оплати медичних послуг, що покриваються страховкою. Під загрозою покарання за лжесвідчення я заявляю, що, наскільки мені відомо, представлена мною у цьому бланку заява інформація є правдивою, точною та повною. Я також усвідомлюю, що мене може бути покарано у випадку незаконного отримання коштів, продовольчої або медичної допомоги, оскільки я навмисно зробив помилкову заяву або приховав будь-яку інформацію, яку мусив доповісти. У випадку подачі заяви на участь у програмі Basic Food підпис у заяві повинний ставити тільки заявник. Заява з проханням про надання грошової або медичної допомоги повинна бути підписана усіма дорослими членами родини.

ПІДПІС ЗАЯВНИКА	ДАТА	ПІДПІС ІНШОГО ДОРОСЛОГО ЗАЯВНИКА	ДАТА
ПІДПІС ПОМОЧНИКА АБО ПРЕДСТАВНИКА	ДАТА	ПІДПІС СВІДКА, ЯКЩО ДОКУМЕНТ ПІДПИСУЄТЬСЯ ПОЗНАЧКОЮ "X"	ДАТА

